

Об утверждении Перечня персональных данных, необходимого и достаточного для выполнения осуществляемых задач

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 февраля 2019 года № ҚР ДСМ-5. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 февраля 2019 года № 18355

В соответствии с подпунктом 1) пункта 2 статьи 25 Закона Республики Казахстан от 21 мая 2013 года "О персональных данных и их защите" ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемый Перечень персональных данных, необходимый и достаточный для выполнения осуществляемых задач.

2. Департаменту юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на ответственного секретаря Министерства здравоохранения Республики Казахстан Токежанова Б.Т.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Министр

Е. Бирганов

Утвержден
приказом Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 25 февраля 2019 года
№ ҚР ДСМ-5

Перечень персональных данных, необходимых и достаточных для выполнения осуществляемых задач

--	--

№ п/п	Наименование персональных данных
1. Осуществление контроля качества и объема оказанных медицинских услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствии с законодательством Республики Казахстан	
1	Фамилия
2	Имя
3	Отчество (при его наличии)
4	Гражданство
5	Пол
6	ИИН
7	Число, месяц, год и место рождения
8	Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ
9	Адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства или по месту пребывания
10	Контактные телефоны (рабочий, домашний, сотовый) (при наличии)
11	Диагнозы: направительный, предварительный, клинический (основной, сопутствующий, фоновое заболевание), заключительный клинический (основной, сопутствующий, фоновое заболевание), посмертный (основной, сопутствующий, фоновое заболевание), патологоанатомический (предварительный и окончательный)
12	Информация по фактам обращения за медицинской помощью на уровне первичной медико-санитарной помощи и стационарной (государственные медицинские организации в т.ч. республиканские ведомственные и негосударственные медицинские организации)
13	Данные из автоматизированных информационных систем Министерства здравоохранения Республики Казахстан: "Система управления качеством медицинских услуг", "Амбулаторно-поликлиническая помощь", "Поликлиника", "Дополнительный компонент подушевого норматива", "Система управления ресурсами", "Национальный регистр сахарного диабета", "Электронный регистр стационарных больных", "Электронный регистр онкологических больных", "Электронный регистр диспансерных больных", "Учет больных с хронической почечной недостаточностью", "Регистр беременных и женщин фертильного возраста"
2. Прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь	
1	Фамилия
2	Имя
3	Отчество (при его наличии)
4	ИИН
5	Число, месяц, год и место рождения
6	Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ
7	Адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства или по месту пребывания
8	Контактные телефоны (рабочий, домашний, сотовый) (при наличии)
9	Адрес электронной почты (при наличии)
10	Подпись (в том числе электронно-цифровая (при наличии))
3. Вызов врача на дом	
1	Фамилия
2	Имя

3	Отчество (при его наличии)
4	ИИН
5	Число, месяц, год и место рождения
6	Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ
7	Адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства или по месту пребывания
8	Контактные телефоны (рабочий, домашний, сотовый) (при наличии)
9	Адрес электронной почты (при наличии)
10	Подпись (в том числе электронно-цифровая (при наличии))
4. Запись на прием к врачу	
1	Фамилия
2	Имя
3	Отчество (при его наличии)
4	ИИН
5	Число, месяц, год и место рождения
6	Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ
7	Адрес места жительства, дата регистрации по месту жительства или по месту пребывания
8	Контактные телефоны (рабочий, домашний, сотовый) (при наличии)
9	Адрес электронной почты (при наличии)
10	Подпись (в том числе электронно-цифровая (при наличии))
5. Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике	
1	Фамилия
2	Имя
3	Отчество (при его наличии)
4	ИИН
5	Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, серия, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ, или из информационных систем
6	Сведения о месте жительства: адрес места жительства, наименование области, района (города), села, улицы (микрорайон), номер дома, квартиры, номер документа, дата выдачи, орган, выдавший документ, сведения о месте жительства (адресная справка или справка сельских акимов) или из информационных систем
7	Свидетельство об изменении имени, отчества (при его наличии), фамилии или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании
8	Результат оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов (далее – Оценка) для специалистов с медицинским образованием, занимающихся клинической практикой, за исключением специалистов санитарно-эпидемиологического профиля, с указанием заявляемой специальности, органа выдавшего заключение Оценки, число, месяц, год получения заключения Оценки
9	Диплом о медицинском образовании (среднее медицинское образование, послесреднее медицинское образование, высшее медицинское образование), с указанием номера, серии диплома, полного наименования организации образования, страны обучения, года поступления, окончания, специальности и квалификации по диплому

10	Нострификация и признание диплома (для лиц получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан) с указанием страны обучения, полное наименование организации образования, органа выдавшего удостоверение о нострификации, номер приказа нострификации, регистрационный номер нострификации, дата выдачи удостоверения нострификации
11	Свидетельство об окончании интернатуры (для специалистов с высшим медицинским образованием), специальность интернатуры по заявляемой специальности, специальность интернатуры, год поступления, год окончания, продолжительность обучения, объем обучения в часах, полное наименование организации, место прохождения интернатуры
12	Свидетельство об окончании клинической ординатуры (для специалистов с высшим медицинским образованием), специальность клинической ординатуры, год поступления, год окончания, продолжительность обучения, объем обучения в часах, полное наименование организации
13	Свидетельство об окончании резидентуры (для специалистов с высшим медицинским образованием), специальность резидентуры, год поступления, год окончания, продолжительность обучения, объем обучения в часах, полное наименование организации, место прохождения резидентуры
14	Удостоверение о переподготовке по заявляемой специальности, номер удостоверения по переподготовке, специальность переподготовки, название обучающей организации, объем обучения в часах, начало обучения, окончание обучения
15	Сведения действующего свидетельства (сертификата специалиста) с присвоением категории по заявляемой специальности, дата и номер приказа, номер и код административного документа (далее – номер НИКАД)/регистрационный номер, орган выдавший свидетельство (сертификат), срок действия свидетельства (сертификата), специальность, квалификационная категория
16	Сведения действующего сертификата специалиста, для допуска к клинической практике по заявляемой специальности, дата и номер приказа, номер НИКАД/регистрационный номер, орган выдавший сертификат, срок действия сертификата, специальность
17	Сведения, подтверждающие трудовую деятельность, сведения о настоящем месте работы, общий медицинский стаж, стаж работы по заявляемой специальности, место работы в настоящее время, занимаемая должность, трудовая деятельность по заявляемой специальности, дата приема, дата увольнения, место работы, занимаемая должность, номер приказа, дата издания приказа
18	Свидетельство о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности: наименование специальности, номер свидетельства о повышении квалификации, наименование темы, название обучающей организации, период обучения, объем обучения в часах
6. Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категории специалистам с медицинским образованием	
1	Фамилия
2	Имя
3	Отчество (при его наличии)
4	ИИН
5	Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, серия, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ, или из информационных систем
6	Сведения о месте жительства: адрес места жительства, наименование области, района (города), села, улицы (микрорайон), номер дома, квартиры, номер документа, дата выдачи, орган, выдавший документ, сведения о месте жительства (адресная справка или справка сельских акимов) или из информационных систем
7	Свидетельство об изменении имени, отчества (при его наличии), фамилии или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании
8	Результат оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов для специалистов с медицинским образованием, занимающихся клинической практикой, за исключением специалистов санитарно-эпидемиологического профиля, с указанием заявляемой

	специальности, органа выдавшего заключение Оценки, число, месяц, год получения заключения Оценки
9	Диплом о медицинском образовании (среднее медицинское образование, послесреднее медицинское образование, высшее медицинское образование), с указанием номера, серии диплома, полного наименования организации образования, страны обучения, года поступления, окончания, специальности и квалификации по диплому
10	Нострификация и признание диплома (для лиц получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан) с указанием страны обучения, полное наименование организации образования, органа выдавшего удостоверение о нострификации, номер приказа нострификации, регистрационный номер нострификации, дата выдачи удостоверения нострификации
11	Свидетельство об окончании интернатуры (для специалистов с высшим медицинским образованием), специальность интернатуры, год поступления, год окончания, продолжительность обучения, объем обучения в часах, полное наименование организации, место прохождения интернатуры
12	Свидетельство об окончании клинической ординатуры (для специалистов с высшим медицинским образованием), специальность клинической ординатуры, год поступления, год окончания, продолжительность обучения, объем обучения в часах, полное наименование организации
13	Свидетельство об окончании резидентуры (для специалистов с высшим медицинским образованием), специальность резидентуры, год поступления, год окончания, продолжительность обучения, объем обучения в часах, полное наименование организации, место прохождения резидентуры
14	Удостоверение о переподготовке по заявляемой специальности, номер удостоверения по переподготовке, специальность переподготовки, название обучающей организации, объем обучения в часах, начало обучения, окончание обучения
15	Сведения действующего свидетельства (сертификата специалиста) с присвоением категории по заявляемой специальности, дата и номер приказа, номер НИКАД/регистрационный номер, орган выдавший свидетельство (сертификат), срок действия свидетельства (сертификата), специальность, квалификационная категория
16	Сведения действующего сертификата специалиста для допуска к клинической практике по заявляемой специальности, дата и номер приказа, номер НИКАД/регистрационный номер, орган выдавший свидетельство (сертификат), срок действия сертификата, специальность
17	Сведения, подтверждающие трудовую деятельность, сведения о настоящем месте работы, общий медицинский стаж, стаж работы по заявляемой специальности, место работы в настоящее время, занимаемая должность, трудовая деятельность по заявляемой специальности, дата приема, дата увольнения, место работы, занимаемая должность, номер приказа, дата издания приказа
18	Свидетельство о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности: наименование специальности, номер свидетельства о повышении квалификации, наименование темы, название обучающей организации, период обучения, объем обучения в часах
19	Свидетельство (сертификат) о присвоении первой, высшей квалификационной категории
7. Выдача свидетельства о присвоении квалификационной категории специалистам с фармацевтическим образованием	
1	Фамилия
2	Имя
3	Отчество (при его наличии)
4	ИИН
5	Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, серия, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ, или из информационных систем
6	Свидетельство об изменении имени, отчества (при его наличии), фамилии или о заключении брака или о расторжении брака, для лиц изменивших фамилию, имя или отчество (при его наличии) после получения документов об образовании

7	Результат оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов для специалистов с фармацевтическим образованием, с указанием заявляемой специальности, органа выдавшего заключение Оценки, число, месяц, год получения заключения Оценки
8	Диплом о фармацевтическом образовании (среднее фармацевтическое образование, высшее фармацевтическое образование), с указанием номера, серии диплома, полного наименования организации образования, страны обучения, года поступления, окончания, специальности и квалификации по диплому
9	Нострификация и признание диплома (для лиц получивших медицинское образование за пределами Республики Казахстан) с указанием страны обучения, полное наименование организации образования, органа выдавшего удостоверение о нострификации, номер приказа нострификации, регистрационный номер нострификации, дата выдачи удостоверения нострификации
10	Удостоверение о переподготовке по заявляемой специальности, номер удостоверения по переподготовке, специальность переподготовки, название обучающей организации, объем обучения в часах, начало обучения, окончание обучения
11	Сведения действующего свидетельства (сертификата специалиста) с присвоением категории по заявляемой специальности, дата и номер приказа, номер НИКАД/регистрационный номер, орган выдавший свидетельство (сертификат), срок действия свидетельства (сертификата), специальность, квалификационная категория
12	Сведения, подтверждающие трудовую деятельность, сведения о настоящем месте работы, общий медицинский стаж, стаж работы по заявляемой специальности, место работы в настоящее время, занимаемая должность, трудовая деятельность по заявляемой специальности, дата приема, дата увольнения, место работы, занимаемая должность, номер приказа, дата издания приказа
13	Свидетельство о повышении квалификации за последние 5 лет по заявляемой специальности: наименование специальности, номер свидетельства о повышении квалификации, наименование темы, название обучающей организации, период обучения, объем обучения в часах
14	Свидетельство (сертификат) о присвоении первой, высшей квалификационной категории
8. Государственная регистрация, перерегистрация и внесение изменений в регистрационное досье лекарственного средства, медицинские изделия	
1	Фамилия
2	Имя
3	Отчество (при его наличии)
4	ИИН
5	Сведения о месте юридического лица: адрес юридического лица, наименование области, района (города), села, улицы (микрорайон), номер дома, квартиры, номер документа, дата выдачи, орган, выдавший документ, сведения о месте жительства (адресная справка или справка сельских акимов) или из информационных систем
9. Выдача согласования и (или) заключения (разрешительного документа) на ввоз (вывоз) зарегистрированных и не зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств, медицинских изделий	
1	Фамилия
2	Имя
3	Отчество (при его наличии)
4	ИИН
10. Выдача разрешения на проведение клинического исследования и (или) испытаний фармакологических и лекарственных средств, медицинских изделий	
1	Фамилия
2	Имя

3	Отчество (при его наличии)
4	ИИН
11. Выдача решения об утверждении (не утверждении) названий оригинальных лекарственных средств	
1	Фамилия
2	Имя
3	Отчество (при его наличии)
4	ИИН
5	Сведения о документе, удостоверяющем личность: наименование документа, номер, серия, дата выдачи, срок действия документа, орган, выдавший документ, или из информационных систем
6	Сведения о месте жительства: адрес места жительства, наименование области, района (города), села, улицы (микрорайон), номер дома, квартиры, номер документа, дата выдачи, орган, выдавший документ, сведения о месте жительства (адресная справка или справка сельских акимов) или из информационных систем

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»
Министерства юстиции Республики Казахстан